



**מספר שאלון : 2**

שם הסוכן	מספר פוליסה / הצעה
----------	--------------------

שם המועמד	מס' ת.ז.	תאריך לידה
-----------	----------	------------

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל

אסטמה  אלרגיה  ברונכיט כרונית  אמפיזמה  FME  COPD  פנאומוטורקס  דלקות ריאות חוזרות  שחפת  
 סרקואידוזיס  סיסטיק פיבורזיס  דום נשימה בשינה  מום מלידה

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון \_\_\_\_\_

3. כמה התקפים היו לך בשנה האחרונה? \_\_\_\_\_

4. אופיים של ההתקפים \_\_\_\_\_

5. מתי היה לך ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_

6. כמה זמן נמשך כל התקף? \_\_\_\_\_

7. מה הטיפול או התרופה שאתה מקבל בזמן התקף? \_\_\_\_\_

8. האם אתה מקבל טיפול קבוע?  כן  לא, אם כן פרט \_\_\_\_\_

9. האם אושפזת בבית חולים עקב הבעיה הרפואית?  כן  לא (יש לצרף מסמכי אישפוז)

10. האם אתה זקוק לטיפול באינהלציה?  כן  לא

11. האם בוצעה לך בדיקת תפקודי ריאות?  כן  לא - אם כן פרט מה היו הבדיקות ותוצאותיהם \_\_\_\_\_

12. מי הרופא המטפל באסטמה \_\_\_\_\_ כתובתו \_\_\_\_\_

הערות \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הצהרה	
אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:	
1. כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובות לשאלות החברה בטופס זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו, הינן מלאות, נכונות וכנות.	
2. ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות החברה לכרות את חוזה הביטוח ו/או קבלתי לכיסוי הביטוחי בכלל ו/או בתנאים שבו, והוא מהווה בסיס להסכמת החברה לכריתת חוזה הביטוח בתנאים בו נכרת ובפרט לעניין דמי הביטוח ותנאי הכיסוי הביטוחי.	
3. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.	
4. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלתי לביטוח.	
תאריך	חתימת המועמד